

ATUALIZAÇÕES / CURRENT COMMENTS

O ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE RURAL DE CÁSSIA DOS COQUEIROS (SÃO PAULO, BRASIL) EM PROGRAMAS DE SAÚDE

Najib HADDAD *
Jarbas Leite NOGUEIRA *

RSPU-B/165

HADDAD, N. & NOGUEIRA, J. L. — *O envolvimento da comunidade rural de Cássia dos Coqueiros (São Paulo, Brasil) em programas de saúde. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7:115-22, 1973.*

RESUMO: *Apresenta-se trabalho realizado no município de Cássia dos Coqueiros, (São Paulo, Brasil), para envolvimento da comunidade em programas de saúde, através da criação de uma entidade associativa, congregando líderes naturais, a ela atribuindo-se responsabilidades na execução de algumas tarefas comunitárias desses programas. Comentam-se os resultados alcançados no desenvolvimento de programas de educação sanitária, de uma campanha para construção de fossas secas, na qual a entidade associativa responsabilizou-se pela sua execução; e na melhoria de relacionamento e frequência da população ao atendimento do posto médico local.*

UNITERMOS: *Medicina comunitária**; *Associação comunitária**; *Fossas secas (Campanha de construção)**; *Educação sanitária*; *Assistência médica.*

1 — INTRODUÇÃO

Algumas vezes, programas de saúde, bem estruturados, não conseguem se desenvolver adequadamente por não haver, por parte da população beneficiada, um interesse maior por esses programas, apesar de todo empenho da equipe de saúde. Quase sempre, isto acontece devido a fatores sócio-culturais que não são levados em conta, quer na elaboração do programa, quer na sua execução¹.

Geralmente, os trabalhos programados para a saúde, em uma comunidade, envolvem aspectos que visam modificações de opiniões, crenças e atitudes, relativos ao estado de saúde e ao de doença. A educação sanitária tem, em última análise, o objetivo de desencadear mudança cultural na comunidade, no sentido de incorporar valores de saúde conhecidos pela sub-cultura médico-científica a que pertence a equipe de saúde⁷.

* Do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP — Ribeirão Preto, S.P. — Brasil.

As Ciências Sociais, principalmente a Antropologia Cultural, estudam o fenômeno da mudança cultural que ocorre naturalmente em todo grupo social, como também a maneira de se conseguir induzi-la, na direção desejada por um programa comunitário^{2,3}.

Este trabalho propõe-se a divulgar uma experiência que está sendo realizada em uma comunidade tipicamente rural, com a finalidade de por em prática alguns métodos que utilizam conhecimento das Ciências Sociais, para conseguir o envolvimento da população em programas de saúde.

2 — DESCRIÇÃO DA ÁREA

O trabalho foi realizado no município de Cássia dos Coqueiros, situado na região nordeste do Estado de São Paulo, fazendo divisa com o Estado de Minas Gerais, distante 78 km de Ribeirão Preto e com uma altitude de 700 a 1.00 m.

O solo, na maior parte do município, é do tipo arenoso, recoberto por vegetação escassa; em algumas áreas, as terras são de massapé, onde são cultivadas lavouras de café, cereais e pastagens. Os cursos dos rios são abundantes e, ao longo deles, dispõem-se, geralmente, as habitações.

Sua população, no censo de 1970, era constituída de 3.624 habitantes, dos quais 54,2% do sexo masculino e com 84% residindo na zona rural.

Levantamento recente, por amostragem, atingindo 25% da população (NOGUEIRA⁶, 1972) revelou as seguintes características gerais: 87,1% são de cor branca, 39,4% das pessoas acima de 7 anos são analfabetas, 79,1% das famílias dedicam-se a atividades agro-pecuárias (incluindo residentes na sede do município). Com relação às propriedades rurais, esse

estudo revelou que, na sua maioria, elas são pequenas (menos de 48 ha) e médias (48 a 240 ha) sendo bastante raras as grandes. Quanto às habitações, 82,3% eram construídas de paredes de tijolos, com ou sem revestimento e 17,7% tinham pelo menos uma parede de barro batido; 8,9% das habitações tinham fossa negra, 26,6% fossa seca e 64,5% não tinham nenhuma instalação sanitária, depositando os dejetos diretamente no solo.

O abastecimento público de água na vila, sede do município onde existem cerca de 136 casas, utiliza manancial de água de superfície, sem nenhum tratamento. Na zona rural, a maioria utiliza-se de água de superfície e fontes.

Essa região fora de alta endemicidade para a moléstia de Chagas, motivo pelo qual, a partir de 1945, serviu de campo para várias pesquisas sobre diagnóstico, epidemiologia e profilaxia. No ano de 1956, realizou-se um experimento de campo para comparar o efeito residual do BHC e do Dieldrin, no combate aos triatimíneos domiciliários (FREITAS et al⁵, 1960). A partir de então, foi aplicado, continuamente, um programa de profilaxia, com expurgo reletivo (FREITAS⁴, 1963) o que resultou no controle total da transmissão dessa doença, conforme se deduz do levantamento sorológico realizado por NOGUEIRA⁶ (1972) no qual não foi encontrado nenhum caso positivo abaixo de 10 anos de idade e apenas 3% de positividade no grupo etário 10-19 anos, contrastando com os 36,4% e 68,4%, respectivamente, encontrados por RAMOS et al⁸ em 1949, na mesma localidade.

As condições sócio-econômicas apresentam uma relativa homogeneidade para a maioria da população. As condições de vida não diferem muito entre empregados e patrões, proprietários e arrendatários, pois apesar das diferenças de poder aqui-

sitivo, o nível de instrução é baixo, há poucas comodidades domésticas e são precários os padrões de saneamento ambiental e de higiene pessoal.

Se utilizarmos a classificação de Hayes sobre os três tipos fundamentais de comunidade (Rios⁹, 1957) podemos dizer que, em Cássia dos Coqueiros existe uma *comunidade imatura*, com economia de auto-suficiência, baixo nível técnico, baixo índice de urbanização, níveis sanitários deficientes, instrução deficiente, pouca sociabilidade, embora com formas latentes de solidariedade, recreação escassa, etc. Isto, provavelmente, deve-se, em parte, a um relativo isolamento, pela falta de boas estradas ligando o município com os grandes centros, o que está, atualmente, sendo sanado com a construção de novas rodovias.

3 — A ASSISTÊNCIA MÉDICA

A partir de setembro de 1964, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iniciou um estágio rural programado para médicos residentes e doutorandos, proporcionando assistência médica à comunidade de Cássia dos Coqueiros, primeiramente em casa alugada e, a partir de 1966, em prédio próprio especialmente construído para aquela finalidade e que passou a chamar-se, em 1970, Centro Médico Social Comunitário "Pedreira de Freitas", em homenagem àquele que foi pioneiro no ensino de medicina preventiva e na introdução do estágio rural no curso médico.

Nesse Centro, foram instalados consultórios para adultos e crianças; sala de ginecologia e para partos; sala para curativos e pequena cirurgia; sala para coleta de sangue e imunizações; pequeno berçário; laboratório para exames de fezes parasitológico, urina (rotina) e hematológico simples; aparelhos de eletrocar-

diografia e radioscopia; arquivo de pastas individuais e de família.

Após cerca de 4 anos de atividades, apesar de todas as facilidades de diagnóstico acima apontadas e da assistência por médicos residentes e doutorandos, a população não comparecia na frequência esperada. Além disso, era comum os pacientes saírem dos consultórios do Centro e passarem na farmácia local para "consultarem" o farmacêutico e inclusive "confirmarem" o acerto da conduta médica. Este profissional, pessoa de grande prestígio na localidade, sempre foi o único a prestar alguma assistência à população, antes da instalação do Centro. Era, portanto, o "curador" da região, pois nenhum médico se habilitava a fixar-se na pequena comunidade. Poucas eram as gestantes que se submetiam ao controle pré-natal e a grande maioria dos partos era feita nos domicílios por "curiosa".

Nesses 4 anos, as atividades do Centro caracterizava-se pelo paternalismo, pois prestava assistência médica, realizava exames complementares, ministrava tratamentos, sem nenhuma contrapartida por parte da população. Apesar disso tudo, ou por causa disso tudo, a população não correspondia ao atendimento.

4 — O ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE

Visando substituir o paternalismo por uma participação efetiva da população na solução dos problemas ligados à saúde, decidimos, em fins de 1968, elaborar um plano para envolvimento da comunidade.

Não havia, no município, nenhuma entidade associativa que pudessemos contar para início de um programa comunitário. Assim, o primeiro passo foi induzir a formação de um órgão associativo, congregando os líderes naturais, não só

da vila como também dos vários agrupamentos rurais.

Uma primeira reunião foi convocada na vila, a ela comparecendo vários líderes locais, com o objetivo de programar, com eles, a maneira de conduzir a formação de uma entidade associativa. Decidiu-se, subdividir o município em 9 regiões comunitárias, de acordo com o alcance de vizinhança e facilidades de acesso por estradas, uma compreendendo a sede do município e 8 comunidades rurais, denominadas "bairros".

A partir de janeiro de 1969, foram programadas várias reuniões em cada uma das 9 áreas, divulgando-se com antecedência a finalidade, o dia e a hora. Essas reuniões eram feitas, geralmente, à noite ou à tarde de domingo, de acordo com as conveniências dos moradores, pois trabalham o dia inteiro, de segunda a sábado. Elas geralmente eram realizadas em escolas rurais, capelas, ou outro local disponível.

Para obter maior participação dos presentes, as cadeiras eram colocadas em forma de círculo e nós procurávamos sentar aleatoriamente, em posição que não demonstrasse ascendência. Após explicarmos, brevemente, o objetivo da reunião, a palavra era dada a um por um, para que manifestasse a sua opinião, originando-se o debate. Geralmente, falávamos da necessidade de organizar-se uma associação comunitária no município, com o objetivo de verificar os problemas existentes, bem como buscar as soluções junto aos órgãos competentes. Dizíamos que o interesse do Centro era pelo setor saúde, porém esta dependia de uma série de fatores como condições de moradia, saneamento do meio, hábitos alimentares, educação, condições sócio-econômicas, meios de transporte, etc. Assim, indiretamente, o Centro tinha interesse

em que a própria comunidade se empenhasse na resolução desses problemas.

Um exemplo frequentemente citado era o da verminose, bastante prevalente na população. Dizíamos que não bastava o simples atendimento médico e o tratamento para acabar com a doença, pois o paciente, após a cura, voltava ao mesmo ambiente contaminado, adquirindo novamente a parasitose. Havia, então, necessidade de se tomarem medidas de saneamento junto às habitações e promover a educação sanitária, ambos difíceis em se tratando de comunidades com uma "tradição" de maus hábitos higiênicos.

Procurando despertar as formas latentes de solidariedades, falávamos da união de esforços para o bem comum, alcançando resultados que ninguém conseguiria por si só.

Após a discussão e chegando-se a um consenso geral, era marcada nova reunião, na qual seriam eleitos, pelos presentes, 3 representantes do "bairro" rural, os quais teriam delegação para representá-lo em reunião que seria realizada na vila, com os demais representantes das outras áreas, para a eleição da diretoria e dos conselhos de uma associação comunitária.

Depois de várias reuniões nas 9 áreas e tendo sido eleitos 3 representantes de cada uma delas, marcou-se uma reunião geral na sede do município, elegendo-se uma comissão para elaborar os estatutos e deu-se o nome de Associação de Amigos de Cássia dos Coqueiros (ASACACO).

Convidados a participar dessa comissão, excusamo-nos, propondo-nos, entretanto, a prestar assessoria, entregando um ante-projeto de estatutos que serviu de base para discussão.

O projeto final foi novamente levado a reunião geral na vila onde foi aprovado, passando-se à eleição da diretoria e conselhos deliberativo e fiscal.

Curiosamente, a grande maioria das pessoas que participaram das reuniões nos "bairros" e na vila era do sexo masculino e todos os eleitos eram homens.

Apontamos esse fato nas primeiras reuniões da ASACACO e falamos da necessidade das mulheres também participarem do trabalho comunitário, decidindo-se criar um Clube de Mães, como uma seção da entidade associativa. Foi convocada uma primeira reunião, com grande comparecimento de mulheres, elegendo-se também uma diretoria.

5 — PRIMEIROS RESULTADOS

Formados a Associação de Amigos de Cássia dos Coqueiros e o Clube de Mães, iniciaram-se suas primeiras atividades: a ASACACO, decidiu realizar uma campanha de arrecadação de arroz, com a finalidade de doar equipamentos e materiais para o Centro; o clube feminino iniciou cursos de corte e costura, bordado e tricô, ministrado às mulheres da comunidade por membros da própria entidade associativa.

Em cerimônia festiva, especialmente preparada pela ASACACO e Clube de Mães, foi solenemente entregue ao Centro um aparelho de oxigenoterapia, um aspirador de secreções, um nebulizador e diversos materiais para exame e pequena cirurgia, os quais foram comprados com dinheiro arrecadado pela campanha do arroz. As alunas dos cursos de corte e costura, bordado e tricô doaram, também, ao Centro, para distribuição a pacientes necessitados, todas as roupas que fizeram durante esses cursos.

A ASACACO passou a compor o seu

quadro associativo, cobrando mensalidades (pagas semestral ou anualmente em dinheiro ou espécie), acertando-se que somente seriam atendidos para consulta no Centro, os pacientes que tivessem comprovante de serem sócios. Os que não pudessem pagar a mensalidade estipulada, pagariam uma quantia irrisória, garantindo-se assim a participação de todos, porém sem paternalismo.

Com verba em caixa, a ASACACO passou a pagar ajuda de custo aos médicos residentes que iam trabalhar no Centro e a se responsabilizar pela compra de medicamentos receitados para pacientes sem recursos, para posterior pagamento parcelado por parte destes.

Sentindo que estava pagando, pelo menos indiretamente, para obter assistência médica, a população começou a dar maior valor ao Centro, aumentando paulatinamente a frequência de pacientes e gestantes aos consultórios e assistência pré-natal e ao parto. Atualmente, a maioria das gestantes é controlada e quase todos os partos são realizados no Centro.

Por solicitação do Clube de Mães, foram ministrados vários cursos de educação sanitária sobre higiene materno-infantil e enfermagem do lar, dados por médicos residentes, doutorandos e alunas de enfermagem.

6 — A CAMPANHA DE CONSTRUÇÃO DE FOSSAS SECAS

Desde as primeiras reuniões para formação da ASACACO, nós discutíamos com os líderes locais o problema das verminoses, dando noções de epidemiologia e profilaxia dessas parasitoses, com ênfase na necessidade de construção de fossas secas. Ao mesmo tempo, afirmávamos como era difícil levar uma campanha desse tipo a bom termo devido aos hábitos arraigados da população de de-

fecar no solo. Freqüentemente, contradiziam-nos, argumentando que eles próprios se prontificavam a construir as suas fossas.

Discutindo o assunto em uma reunião geral, dissemos que uma campanha de construção de fossas somente surtiria bons efeitos se fosse assumida pela própria ASACACO, ficando o Centro apenas com a parte de assessoria, o que foi aceito.

Assim, foi estabelecida a seguinte programação:

a) através dos 3 representantes de cada uma das 9 regiões do município, seria feito um levantamento domiciliar, preenchendo-se uma ficha simples para cada família, com dados sobre seus membros, como idade, sexo, cor, estado civil, ocupação, escolaridade e informações sobre abastecimento de água, destino dos dejetos, etc.;

b) a ASACACO ficaria encarregada de comprar pedra britada, areia, cimento e ferro e confeccionaria plataformas de concreto para servir de piso para as fossas. Elas seriam vendidas a preços de custo e, com o dinheiro arrecadado, construiria mais plataformas;

c) os líderes de cada uma das 9 regiões seriam instruídos por nós sobre os detalhes técnicos para construção das fossas e ficariam encarregados de, após construírem a sua própria instalação sanitária (quando fosse o caso) para dar o exemplo, transmitir os ensinamentos aos demais membros da comunidade.

No primeiro semestre de 1969, realizou-se o levantamento encontrando-se, na área rural, mais de 85% de casas sem nenhuma instalação sanitária.

Utilizando modelo do Serviço Especial

de Saúde de Araraquara, mandamos confeccionar dois moldes de madeira, revestidos de latão, para produção de plataformas de concreto. Ensinamos o preparo do concreto e as várias etapas da confecção das plataformas e distribuímos, à diretoria da ASACACO, folhetos explicativos sobre a maneira de construir a fossa seca, após explanação sobre o assunto.

Assim, a partir de 1970, começaram a ser construídas as primeiras plataformas de concreto, as quais foram posteriormente sendo colocadas em fossas que foram construídas. O ritmo porém, ainda é bastante lento, necessitando de estímulos periódicos de nossa parte, devido à inércia natural que obsta esse processo de mudança cultural, que tenta incutir valores que ainda não são reconhecidos ou não assumem maior prioridade por parte da comunidade.

7 — COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

No início, quando da criação da ASACACO e do Clube de Mães, a nossa participação era bastante intensa. A medida que os líderes foram assumindo os seus papéis, fomos paulatinamente nos retirando do campo das decisões, para tornar as associações, tanto quanto possível, auto-suficientes. Entretanto, em várias oportunidades tivemos que voltar a ter contactos mais diretos com elas para estimular o andamento dos trabalhos.

Não obstante, várias iniciativas próprias foram tomadas como: apoio de órgãos governamentais de assistência social, construção de sede própria para, inclusive, ter local apropriado para recreação, obtenção de máquinas de costura, pelo Clube de Mães e, mais recentemente, a formação do clube dos jovens.

Após a criação da ASACACO e do Clube de Mães, foi patente a modificação do

relacionamento da população com o Centro. Passando, de certa forma, a contribuir, indiretamente, embora com pequena quantia, para o custeio do Centro, os pacientes passaram a dar maior valor à assistência médica prestada, comparecendo com maior assiduidade. Os cursos de educação sanitária foram ministrados como se tivessem sido solicitados pelo Clube de Mães e não como se fosse nossa intenção. Com isso, a frequência de mu-

lheres a esses cursos sempre foi bastante alta.

A experiência realizada em Cássia dos Coqueiros demonstra as vantagens que a criação de uma entidade associativa de líderes da comunidade traz para o desenvolvimento de um programa de saúde, permitindo transformar uma assistência puramente paternalista em uma participação mais efetiva da comunidade na resolução de seus próprios problemas.

RSPU-B/165

HADDAD, N. & NOGUEIRA, J. L. — [*The engagement of the rural community of Cassia dos Coqueiros County (S. Paulo State, Brazil) in health programs*]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:115-22, 1973.

SUMMARY: *The engagement of the rural community of Cassia dos Coqueiros (S. Paulo State, Brazil) in health programs with the creation of an association entity congregating people with leadership is presented. Responsibilities for execution of some community tasks of these programs were given to the partnership. The results achieved in the development of health education programs are commented. A program of construction of pit privies was developed on the sponsorship of the association entity with good results. Improvement of the frequency of health examination and of the relationship of the people with the local health center is also commented.*

UNITERMS: *Social medicine**; *Rural health**; *Health education**; *Medical care.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS, R. N. — A antropologia aplicada aos programas de saúde pública da América Latina. *Atual. méd.-sanit.* 9:1602-11, 1953.
2. FOSTER, G. M. — Trabalhando com indivíduos de diferentes meios culturais. *Atual. méd.-sanit.* 12:2295-306, 1956.
3. FOSTER, G. M. — *Traditional cultures and the impact of technological change*. New York, Harper & Brothers Publishers, 1962.
4. FREITAS, J. L. P. de et al. — Combate intensivo aos triatomíneos de hábitos domiciliários. Resultados obtidos em área restrita (Cássia dos Coqueiros, Município de Cajuru) do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Inst. Med. trop.*, S. Paulo, 2:100-7, 1960.
5. FREITAS, J. L. P. de — Importância do expurgo seletivo dos domicílios e anexos para a profilaxia da moléstia de Chagas no combate aos triatomíneos. *Arq. Hig.*, S. Paulo, 28:17-72, 1963.
6. NOGUEIRA, J. L. — *Levantamento epidemiológico sobre cardiopatias e pressão arterial na população do município de Cássia dos Coqueiros, S.P.*,

HADDAD, N. & NOGUEIRA, J. L. — O envolvimento da comunidade rural de Cássia dos Coqueiros (São Paulo, Brasil) em programas de saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7: 115-22, 1973.

- Brasil*. Ribeirão Preto, 1972. [Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina da USP].
7. PAUL, E. D. — Contextura cultural da educação sanitária. *Atual méd. sanit.* 12:2193-205, 1956.
8. RAMOS, J. et al — Moléstia de chagas. estudo clínico e epidemiológico. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2:11-62, 1949.
9. RIOS, J. A. — *A educação dos grupos*. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde, 1957.

Recebido para publicação em 31-1-1973

Aprovado para publicação em 4-4-1973